

Hoja de información del historial médico

Nombre del paciente: _____ Sexo: Masculino Hembra

Cumpleaños: _____ Años: _____ Altura: _____ Peso: _____

Visita información

Médico de atención primaria: _____ Médico de referencia: _____

Razón de la visita: _____ Fecha de herida: ___/___/___

Calidad del dolor: Dolor / Sordo Agudo / Punzante Palpitante Disparo presión Eléctrico Clic / Pop

Gravedad: Ninguna 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Intolerable Duración del dolor: _____ Ubicación del dolor: _____

Dolor agravado por: En pie Para caminar Acostado Cargado de espaldas medicamentos Antiinflamatorio Descanso Dormido Trabajando Escalera Flexión Silla de ruedas Terapia física Hielo Sentado Conducción Levantamiento Torneado Inyecciones/ESI Cuidado quiropráctico Cirugía

Historia médica pasada

Tenga en cuenta todos los problemas de salud que está experimentando actualmente.

- Enfermedad del corazón Enfermedad pulmonar Enfermedad del riñón Enfermedad del hígado Gota Hipertermia maligna Embolia pulmonar Diabetes Hepatitis Problemas tiroideos Hipertensión Asma Artritis reumatoide Ictericia HIV/AIDS DVT (coágulos de sangre) Depresión Osteoartritis Úlceras estomacales Otro Colesterol alto Infecciones recurrentes Dolores de cabeza crónicos Cáncer

Historia quirúrgica NINGUNA

Indique todas las cirugías previas y las fechas aproximadas de la cirugía.

Cirugía: _____ Fecha: ___/___/___ Cirugía: _____ Fecha: ___/___/___

Medicamentos NINGUNA

Enumere todos los medicamentos actuales, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas, los suplementos de hierbas y los medicamentos recetados.

Medicamentos: _____ Dosis: _____ Medicamentos: _____ Dosis: _____

Alergias NINGUNA CONOCIDO

Alergias conocidas a los medicamentos:

- Látex Mariscos Tintes de diagnóstico Metal Antibióticos Otro

Historia social

Ocupación: Corriente: _____ Pasado: _____ Discapacitado Razón de la discapacidad: _____ Retirado

¿Vives actualmente solo? No Sí- Relación: _____

¿Alguna vez fuiste fumador? No Sí- Paquetes / Día Dejar: _____ Hace meses: _____ Hace años que Cigarillos Cigarros e-Cigarillos/Pluma Vape Mascando Tabaco Chicle de Nicotina Otro: _____

¿Bebes alcohol? No Sí- Social Moderar - 1-2 bebidas/día Frecuente - 3 o mas bebidas/día

¿Algún uso recreativo de drogas? No Sí- Por favor enumere: _____

Historia familiar

Tenga en cuenta los problemas de salud que afectan a la madre, el padre, la hermana o el hermano e indique qué miembro de la familia se ve afectado.

<input type="checkbox"/> Coágulos de sangre _____	<input type="checkbox"/> Aneurisma _____	<input type="checkbox"/> Artritis _____	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón _____	<input type="checkbox"/> Carrera _____	<input type="checkbox"/> Trastorno de cadera _____	<input type="checkbox"/> Cáncer Tipo: _____
<input type="checkbox"/> Trastorno respiratorio _____	<input type="checkbox"/> Diabetes _____	<input type="checkbox"/> Autoinmune _____	Miembro de la familia _____
<input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea _____	<input type="checkbox"/> Desorden neurológico _____	<input type="checkbox"/> Hipertermia maligna _____	

Revisión de sistemas

Por favor marque todos los que apliquen.

Constitucional	<input type="checkbox"/> Pérdida de peso	<input type="checkbox"/> Aumento de peso	<input type="checkbox"/> Fatiga	<input type="checkbox"/> Disminución del apetito
	<input type="checkbox"/> Resfriado	<input type="checkbox"/> Fiebre	<input type="checkbox"/> Sudores nocturnos	
Ojos	<input type="checkbox"/> Visión borrosa	<input type="checkbox"/> Pérdida de la visión	<input type="checkbox"/> Dolor de ojo	<input type="checkbox"/> Enrojecimiento de ojos
	<input type="checkbox"/> Visión doble	<input type="checkbox"/> Gafas	<input type="checkbox"/> Contactos	
Oreja, nariz y garganta	<input type="checkbox"/> Pérdida de la audición	<input type="checkbox"/> Zumbido en el oído	<input type="checkbox"/> Presión en los senos	<input type="checkbox"/> Dolor de garganta
	<input type="checkbox"/> Glándulas hinchadas			
Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Dolor de pecho	<input type="checkbox"/> Palpitaciones	<input type="checkbox"/> Hinchazón de manos / pies	<input type="checkbox"/> Dolor en las piernas al caminar
Respiratorio	<input type="checkbox"/> Tos	<input type="checkbox"/> Sibilancias	<input type="checkbox"/> Ronquidos	<input type="checkbox"/> Dificultad para respirar
Gastrointestinal	<input type="checkbox"/> Náuseas / Vómitos	<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Estreñimiento	<input type="checkbox"/> Dolor abdominal
	<input type="checkbox"/> Incontinencia fecal			
Genitourinario	<input type="checkbox"/> Ardor al orinar	<input type="checkbox"/> Frecuencia urinaria	<input type="checkbox"/> Urgencia urinaria	<input type="checkbox"/> Sangre en la orina
	<input type="checkbox"/> Incontinencia urinaria			
Musculoesquelético	<input type="checkbox"/> Dolor de huesos	<input type="checkbox"/> Dolor muscular	<input type="checkbox"/> Dolor en las articulaciones	<input type="checkbox"/> Inflamación de articulaciones
	<input type="checkbox"/> Dolor en el brazo	<input type="checkbox"/> Debilidad del brazo	<input type="checkbox"/> Dolor de pierna	<input type="checkbox"/> Debilidad de pierna
Integumentario	<input type="checkbox"/> Erupción cutánea	<input type="checkbox"/> Comezón	<input type="checkbox"/> Urticaria	
Neurológico	<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> Debilidad	<input type="checkbox"/> Entumecimiento	<input type="checkbox"/> Pérdida de memoria
	<input type="checkbox"/> Estremecimiento	<input type="checkbox"/> Dificultad de equilibrio	<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Mala coordinación brazo / pierna
Psicológico	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Irritabilidad	<input type="checkbox"/> Alteración del sueño
	<input type="checkbox"/> Ideación suicida			
Endocrino	<input type="checkbox"/> Intolerancia al calor	<input type="checkbox"/> Sed excesiva	<input type="checkbox"/> Hambre excesiva	
Hematológico	<input type="checkbox"/> Sangrado fácil	<input type="checkbox"/> Moretones con facilidad	<input type="checkbox"/> Trastornos hemorrágicos	
Inmunológico	<input type="checkbox"/> Alergias estacionales	<input type="checkbox"/> Infecciones recurrentes		

Otra información importante de salud: _____

Firma

Firma del paciente _____

Fecha _____